798/08

Den 9. juni 2008 blev i sag nr. 72.637:

xxxx xxxxx xxxxx
xxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxx

mod

Topdanmark Forsikring A/S
Borupvang 4
2750 Ballerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der har en sundhedssikring i Topdanmark Forsikring A/S, klager over selskabets afvisning af at erstatte udgifterne til behandling hos en kiropraktor.

Selskabet har afvist at erstatte udgifterne med henvisning til, at den ryglidelse, som klageren har fået behandling for, opstod før forsikringens tegning, hvorfor udgifterne i forbindelse hermed ikke er omfattet af forsikringen.

Det fremgår af sagen, at forsikringen er tegnet den 1/7 2006 som et led i en firmaordning, og at der er en 2-årig karensperiode på forsikringen for forudbestående lidelser, som først udløber den 1/7 2008.

Klageren accepterede endvidere ved sin underskrift den 5/3 2007 selskabets tilbud om en IT-pension. Tilbudet indeholder en klausul om, at forsikringen ikke dækker lidelser fra bryst- eller lænderygsøjlen med tilhørende muskelgrupper eller symptomer stammende herfra i bækken eller ben. Den klausul blev indført på baggrund af klagerens helbredsoplysninger til selskabet.

Af 10-årig helbredserklæring underskrevet af klageren den 11/7 2006 fremgår bl.a.:

"

1. Har du indenfor de sidste 10 år kon-	…	

sulteret, været undersøgt eller behandlet hos følgende behandlere?		
…	…	
c. Kiropraktor eller fysioterapeut	☐ Nej ☒ Ja	Behandler: B. L. Årsag: Hold i ryg Hvornår? ca. hvert 2. år Har du følger/gener? ☒ Nej ☐ Ja …
…	…	
5. Har du aktuelt eller indenfor de sidste 10 år haft sygdomme i eller gener (smerter eller ubehag) fra nakke, ryg eller lænd, herunder diskusprolaps, lumbago, piskesmæld, muskelspændinger mv.?	☐ Nej ☒ Ja	Hvis Ja, udfyldes her. Nakke./rygskema skal tillige udfyldes. Hvilke? Alm. hold i ryg Hvornår sidst? ca. 08/05 …

"

Af helbredsattest underskrevet den 8/11 2006 af klagerens læge fremgår bl.a.:

"

Lider eller har forsikringssøgende lidt af: **…** n. Sygdomme i eller gener fra nakke, ryg eller lænd, fx diskusprolaps, lumbago, muskelspændinger, whiplash? …	NEJ JA ☐ ☒	Hvis JA, udbedes nærmere oplysninger … Alm. lændehold, ikke mere end hvert 2. år. …

"

Af spørgeskema "Nakke- og ryglidelser" underskrevet den 31/10 2006 af klageren fremgår bl.a.:

"

5. Har du eller har du haft ondt i **ryggen** eller haft gener fra ryggen i fx balde, hofte eller ben? Hvis du svarer NEJ, gå videre til spørgsmål 9. …	NEJ JA ☐ ☒	Hvis JA, hvilke ryggener … ☒ Muskelspændinger/træthed i ryggen under taljen … Hvornår var første periode? 1990 Md/år Hvornår var sidste periode? 05/06 Md/år
6. Har du haft **ryggener?** For mere end 7 år siden? Fra 4 til 7 år siden? fra 1 til og med 3 år siden? Indenfor det sidste år? NB! Alle spørgsmål skal besvares med NEJ/JA	NEJ JA ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☒ ☐ ☒	Hvis JA, udfyldes her Hvor mange perioder i alt? 1-2 Hvor mange perioder i alt? 1-2 Hvor mange perioder i alt? 1 Hvor mange perioder i alt? 1
7. Har du været uarbejdsdygtig på grund af **ryggener?**	NEJ JA ☒ ☐	
8. a. Er du påvirket af ryggener i det daglige arbejde? b. Har du i forbindelse med ryggener haft brug for smertestillende medicin?	NEJ JA ☒ ☐ ☒ ☐	Hvis JA, hvor ofte? … …

c. Har du stadig gener fra ryggen?	☐	☒	☐ Konstant ☐ Af og til ☒ Sjældent
9 a. Er du blevet behandlet/undersøgt for **nakke-** eller **ryggener** hos egen læge, speciallæge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler? NB! sæt streg under de benyttede behandlere	NEJ	JA	Hvis JA, udfyldes her.
	☐	☐	Hos hvem? B.L. … I hvilke perioder? Eneste behandler Hvilken behandling? Kiropraktik
b. Er du blevet behandlet/undersøgt på sygehus?	☒	☐	… …
c. Er du blevet opereret i nakke eller ryg?	☒	☐	… …
d. Er du blevet scannet eller røntgenundersøgt?	☐	☒	Hos hvem/hvor? B.L. … Hvornår? 05/2006 Hvad viste billedet? Alt OK

"

Det fremgår af sagen, at klageren den 2/5 2007 søgte om at få dækket sine behandlingsudgifter til en kiropraktor, idet han i forbindelse med havearbejde havde fået hold i ryggen.

Selskabet afviste den 3/5 2007 og den 8/5 2007 at dække udgifterne til behandling med henvisning til, at der var tale om en lidelse, der bestod forud for forsikringens tegning.

Klageren fik herefter stærke smerter i sin lænd i perioden 12/7 - 13/7 2007. Ved skrivelse af 12/7 2007 accepterede selskabet, at en forundersøgelse af klagerens ryg var omfattet af forsikringen. Af skrivelsen fremgår bl.a.:

"Vi har modtaget din anmeldelse på Sundhedssikringen.

Vi kan oplyse dig om, at forundersøgelsen af ryggen er dækket af din forsikring.

Du kan nu kontakte det privathospital eller den speciallæge, som du ønsker at blive behandlet af. Vi kan også hjælpe dig med at finde en behandler, hvis du ønsker det. Så skal du bare ringe til os.

Vi skal godkende alle undersøgelser og behandlinger

Du skal være opmærksom på, at hver enkelt fremtidig undersøgelse og behandling via din sundhedssikring skal være lægeordineret og godkendt af os, inden den foretages.

Derfor vil jeg bede dig sørge for, at vi får kopier af din journal i forbindelse med forundersøgelsen - du kan evt. få speciallægen/privathospitalet til at sende dem til os.

Vi vurderer, om vi kan dække behandlingen, når vi får din journal

Til din orientering kan jeg oplyse, at vi vurderer, om vi kan dække din videre behandling, så snart privathospitalet sender os din journal fra forundersøgelsen."

Klageren fik herefter bl.a. foretaget en MR-scanning. Klageren fik derudover den 21/8 2007 udfyldt en lægeattest, hvoraf følgende bl.a. fremgår:

"

Spørgsmål til lægen		
Hvad er diagnosen for den sygdom/ ulykke, der begrunder anmeldelsen? Obs lumbal diskusprolaps.	Mistanke om diskusprolaps i lænden)	Er forsikrede tidligere blevet behandlet for sygdommen? … NEJ …
1. Hvad er årsagen til diagnosen? Smerter i lænd og ben. Hvornår viste sygdommens første tegn sig? 13/7 2007		
2. Kan tilstanden forventes helbredt eller væsentligt og varigt forbedret efter behandling	☒ Ja ☐ Nej	Hvis ja, hvilken behandling skal iværksættes? Fysioterapeutisk beh.
3. Skal der foretages forundersøgelse?	☒ Ja ☐ Nej	Hvilken? MR Scanning (er foretaget)
4. Skal der foretages efterkontrol?	☐ Ja ☒ Nej	I hvilket omfang?
5. Skal forsikrede tage lægeordineret medicin?	☐ Ja ☒ Nej	Hvilken? Tog smertestillende til Hvor længe? at begynde med
6. Vil der være behov for lægeordineret genoptræning?	☒ Ja ☐ Nej	Forventet varighed? uger - mdr.

"

Ved skrivelse af 28/9 2007 til klageren meddelte selskabet afslag på at erstatte klagerens udgifter i forbindelse med den mulige diskusprolaps.

Klageren har over for nævnet gjort gældende, at selskabet skal erstatte udgifterne til MR-scanningen, til kiropraktoren samt til genoptræning. Klageren har i skrivelse af 8/10 2007 til nævnet bl.a. anført:

"Lægens attest bekræfter at første gang han har hørt om nogen rygproblemer hos mig er den 13. juli 2007 og hvor han henviste til scanning.

Kiropraktorens attest er vedlagt.

Kiropraktorens attest tolkes tilsyneladende som om jeg har haft symptomer på en diskusprolaps før 1. juli 2006 hvor forsikringen trådte i kraft.

Det har jeg ikke haft.

Citat fra kiropraktorattest:

*Tidligere kommet for lettere læn*degener, mere præventivt.

Citat slut

Citat fra Topdanmark afslag

Din Sundhedssikring trådte i kraft den 1. juli 2006, og ifølge kiropraktorattesten er det første symptom opstået ved tidligere behandlinger hos kiropraktor.
Citat slut

Jeg opfatter dette som en meget kraftig overfortolkning og helt fejlagtigt hvis man tolker dette som bevis på at jeg har haft symptomer på en diskusprolaps før den 1. juli 2006.

Jeg er helt overbevist om at jeg kan få min kiropraktor til utvetydigt at bekræfte dette.

Jeg har aldrig i hele mit lange arbejdsliv haft en eneste sygedag pga. min ryg, og jeg har brugt min kiropraktor de seneste 25+ år - udelukkende præventivt og for mit velbefindende samt for de stivheder og hold i ryg og nakke, som alle her i landet får på et eller andet tidspunkt.

Jeg agter at følge denne til dørs både af økonomiske og ikke mindre af principielle årsager. Det faktum at man benytter en kiropraktor er ikke ensbetydende med at man har en kronisk lidelse. Jeg har brugt dette præventivt og for at pleje mit helbred."

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse og til støtte herfor i skrivelse af 4/1 2008 bl.a.:

"**Konklusion**
L.P.B. [klageren] ønsker at hans Sundhedssikring Basis skal dække udgifterne til MR-scanning, kiropraktor og genoptræning.
…
Det bemærkes, at Topdanmark ikke anser L.P.B.s ryggener for at være en såkaldt kronisk sygdom. Grunden til denne præcisering er, at såfremt der er tale om en kronisk sygdom, var det andre betingelser for dækning der ville gøre sig gældende.
…
Af oplysningerne fra helbredserklæringen, helbredsattesten, nakke- og rygskemaet, samt kiropraktorattesten er der efter Topdanmarks opfattelse tale om en lidelse, der er opstået før forsikringstiden.

L.P.B. er derfor efter Topdanmarks opfattelse ikke berettiget til udbetaling af hans sundhedssikring.

Topdanmark har på baggrund af Deres henvendelse vurderet sagen på ny. Vi har dog ikke fundet grundlag for at ændre vores opfattelse, og fastholder derfor vores afgørelse af den 28. september 2007 …"

Hertil har klageren i skrivelse af 16/1 2008 til nævnet bl.a. anført:

"Den 12. juli får jeg telefonisk godkendt at forsikringen vil dække en forundersøgelse hos speciallæge eller privathospital. Såvel Hamlet som Danmark har ferieproblemer og ventetiden er adskillige uger.

Derfor kontakter jeg egen læge for en forundersøgelse. Denne sender mig til MR scanning. Der er fremsendt en erklæring fra lægen til Topdanmark vedrørende dette (vedlagt) Dette er ikke inkluderet i bilagslisten. Vedlægges dette brev.

Det var tilfældigvis min gamle læge, som kiggede på mig (ferieafløser). Han er ryg-kirurg (se nedenfor).

Jeg mener heller ikke at det fremgår tydeligt at en scanning ikke er omfattet af en forundersøgelse.

Hvad skal man med en ventetid på ca. 4 uger og en snak med en læge, når man skal bruge 2 timer på at sætte sig op i sengen?? Man behøver ikke at være specialist for at regne ud hvad der er sket.

Ideen med en helbredssikring er vel at det kan gå stærkt når man har behov for hjælp. I denne situation ville det offentlige sygehus have været hurtigere.

Jeg har i 33 år været tilknyttet lægehuset i S. Har i den tid haft 2 læger. Den første var ryg-kirurg og min læge i 28 år. Jeg har i alle de år aldrig konsulteret dem pga. min ryg - jeg har aldrig fået ordineret noget smertestillende (bortset fra en gallesten). Der findes intet i min journal om symptomer på rygproblemer før den 13. juli 2007.

I brev fra ankestyrelsen 30. oktober 2007 meddeler Topdanmark at man har vurderet et behov for at indhente yderligere helbredsoplysninger fra min læge. Har man gjort det - eller erkendt at man ikke kunne fa nogle brugbare informationer derfra som kunne støtte dem i deres sag?

Jeg ser ikke dette som bilag i ankestyrelsens seneste skrivelse?

Jeg har som tidligere beskrevet brugt den samme kiropraktor i ca. 30 år. Der står ligeledes intet i hendes journaler om at hun har behandlet mig for symptomer på en diskusprolaps - tværtimod er der gennem årene taget adskillige røntgenbilleder, som viser at jeg har en stærk ryg.

Ensidigt at tolke kiropraktorens erklæring som det modsatte er en kraftig overfortolkning.

Skulle min diskusprolaps være startet da jeg som 27 årig besøgte hende 1. gang, eller hvilket af mine besøg hos hende var det afgørende?

Mit barnebarn på 4 mdr. har lige været der også - bør man lyve om den slags besøg?

Skyldes noget af modviljen det faktum at mit firma opsagde forsikringen som helhed til udløb den 31-12-2007

Hverken min læges attest eller min kiropraktors attest er efter min vurdering nok til at påstå at jeg har haft symptomer på en diskusprolaps før den 1. juni 2006.

Hvis man ud af kiropraktorattestens ordlyd: 'Tidligere kommet for lettere lændegener, mere præventivt' kan slutte at jeg har haft symptomer på en diskusprolaps før 1. juni 2006, skal man vist være meget kreativ."

Heroverfor har selskabet i skrivelse af 5/2 2008 til nævnet bl.a. bemærket:

"**Ad oplysninger fra L.P.B.s egen læge**
Topdanmark har indhentet journal fra L.P.B.s egen læge, som bekræfter at L.P.B. ikke har opsøgt egen læge med sine ryggener.

Det ændrer dog ikke ved det faktum, at L.P.B. i sin helbredserklæring (se bilag 2a i sagsfremstilling af den 4. januar 2008), samt helbredsattest (se bilag 2b i sagsfremstilling af den 4. januar 2008) og nakke- og rygskema (se bilag 2c i sagsfremstilling af den 4. januar 2008) har angivet, at han i perioder har oplevet hold i ryggen og lændehold.

Det er ud fra alle disse oplysninger, at Topdanmark har afvist at yde dækning, fordi Topdanmark mener at det første symptom på L.P.B.s discusprolaps i lænden er opstået før forsikringen trådte i kraft og karensen ville først være udløbet den 1. juli 2008 (se punkt 6 stk. 2 i forsikringsbetingelserne for Topdanmark Sundhedssikring Basis og Plus for FirmaPension - bilag 1 i sagsfremstilling af den 4. januar 2008).

Derudover fremgår det af forsikringsbetingelsernes punkt 6 stk. 1, at første symptom skal have vist sig i forsikringstiden. Hvis første symptom på sygdommen har vist sig før forsikringstiden, skal der gå to år før sygdommen dækkes jf. punkt 6 stk. 2.

Ad opsigelse af aftalen med Topdanmark
Topdanmark afviser, at vi skulle have afvist at dække L.P.B., fordi hans firma har opsagt aftalen med Topdanmark. Opsigelsen fra firmaets side skete efter Topdanmark havde afvist at yde dækning første gang."

Hertil har klageren i skrivelse af 4/3 2008 bl.a. anført:

"Topdanmark skrev på et tidspunkt at man ville indhente fornyede informationer fra min læge (erklæringen var tilsyneladende ikke nok). Det er sjovt at først når jeg efterlyser informationer om hvad min læge svarede på deres henvendelse at dette kommer frem.

Min læge bekræfter jo igen at jeg ikke har noget i min journal, der minder om rygproblemer.

I det seneste brev lægger man heller ikke længere vægt på erklæringen fra min kiropraktor, som ellers tidligere var begrundelsen for afslaget?

Nu er det udelukkende mine udtalelser/formuleringer i helbredserklæringen samt helbredsattesten samt nakke- og rygskema som ligger til grund for beslutningen. Jeg skal atter nævne at jeg kun accepterede lændeklausulen på det tidspunkt, fordi jeg ikke gad kæmpe kampen af 2 årsager.

1. Jeg opfattede den kun relevant i relation til løn kompensation ved uarbejdsdygtighed (hvilket tilsyneladende ikke er helt rigtigt)

2. Kompensationen var kun relevant til jeg fyldte 60, og det gjorde jeg i januar, så det var alligevel kun nogle få måneder jeg ville få gavn af den. Det var vigtigere for mig at få den egentlige helbredssikring på plads.

Hvis jeg som lægmand har skrevet noget (under ansvar) der af forsikringsselskabet kan tolkes, som om jeg har haft symptomer på en diskusprolaps, og alle andre specialister som jeg omgiver mig med siger det modsatte, skal jeg gerne beklage mine formuleringer.

Jeg skal gerne omformulere disse (stadig under ansvar) således at de ikke bør kunne misforstås.

Jeg har bedt min kiropraktor (på lægmands sprog) bekræfte at hun heller ikke på noget tidspunkt har konstateret sådanne symptomer. Erklæring vedlagt

Hvorledes et forsikringsselskab (som aldrig har set mig) kan påstå noget andet har jeg svært ved at forstå.

Jeg synes efterhånden at dette ligner en rent principiel sag, som det måtte være interessant at få frem i lyset på den ene eller anden måde. Der må være andre, som har det samme problem, men som ikke gider kæmpe kampen."

Af den vedlagte erklæring fra klagerens kiropraktor af 25/2 2008 fremgår:

"Jeg skal hermed bekræfte, at L.B. i perioden op til 1. juni 2006 ikke på noget tidspunkt har udvist symptomer på en begyndende diskusprolaps og af samme årsag ikke har været i behandling hos mig for sådanne.

Det er således intet der underbygger at der her er tale om en lidelse der skulle være opstået før 1. juni 2006."

Hertil har selskabet i skrivelse af 14/3 2008 bl.a. anført:

"**Ad helbredsoplysninger der blev brugt ved etablering af tab af erhvervsevne forsikring**
l forbindelse med at L.P.B. via sit firma oprettede pensionsordning i Topdanmark, ønskede han en så stor dækning at der skulle afgives helbredsoplysninger. De afgivne helbredsoplysninger førte til at Topdanmark tilbød en lændeklausul på hans Tab af erhvervsevnedækning (se bilag 3 i sagsfremstilling af den 4. januar 2008).

l forhold til L.P.B.s sundhedssikring, så er det praksis i Topdanmark, at der ikke skal afgives helbredsoplysninger inden etablering af en sundhedssikring. Når Topdanmark modtager besked om, at kunden ønsker udbetaling fra sin sundhedssikring, indhenter vi de lægelige oplysninger der er brug for, for at vurdere om kundens sundhedssikring dækker, og i den forbindelse anvender vi også de helbredsoplysninger, vi modtager i forbindelse med pensionsordningens etablering.

Derfor har vi, udover de andre lægelige oplysninger i sagen, også anvendt L.P.B.s helbredserklæring, helbredsattest samt nakke- og rygskema (se bilag 2a, 2b og 2c i sagsfremstilling af den 4. januar 2008) ved vurdering af om L.P.B.s skade var dækningsberettiget.

Ad Topdanmark ikke har set forsikrede
Det er almindelig praksis, at forsikringsselskaber har lægekonsulenter tilknyttet til brug for bl.a. vurdering af om en skade er dækket af en sundhedssikring. Lægekonsulenterne er specialister med stor erfaring, og deres opgave er at sammenholde samtlige lægelige oplysninger, der måtte være fremkommet i en sag med henblik på at vurdere, om forsikrede opfylder betingelserne for at få udbetaling fra forsikringen."

Af forsikringsbetingelserne:

"**6 Dækning**
…
Stk. 2. For obligatoriske forsikringer dækker forsikringen også behandling af sygdomme eller ulykkestilfælde, der er opstået før forsikringstiden, når forsikringen har været i kraft i 2 år.
…"

Nævnet udtaler:

Klageren har gennem flere år forud for forsikringens tegning gået til behandling hos en kiropraktor, ligesom klageren i spørgeskemaet har svaret bekræftende på spørgsmålet, om han har haft ondt i ryggen eller haft gener fra ryggen. På denne baggrund finder nævnet, at klageren havde en ryglidelse på tidspunktet for forsikringens tegning. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist at dække behandlingsudgifter i den forbindelse. Nævnet finder dog, at selskabet skal betale for MR-scanningen, da klageren efter nævnets opfattelse med rette har kunnet opfatte denne undersøgelse som omfattet af selskabets dækningstilsagn til en forundersøgelse.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Topdanmark Forsikring A/S, skal betale for MR-scanningen af klageren.

Klagen i øvrigt kan ikke tages til følge.

J. Hermann